



確保您的醫生瞭解：

- 您的健康歷史，包括以前有的疾病、治療和手術。
- 您的家族遺傳疾病或健康狀況。
- 所有您正服用的藥物，包括維他命、保健品和中草藥。
- 您正使用的其他醫生或醫療人員。

詢問您可能需要的篩檢：

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 血壓 | <input type="checkbox"/> 膽固醇 |
| <input type="checkbox"/> 血糖(糖尿病) | <input type="checkbox"/> 直腸癌 |
| <input type="checkbox"/> 骨質密度(骨質疏松) | <input type="checkbox"/> 前列腺癌(男性) |
| <input type="checkbox"/> 乳房癌(女性) | <input type="checkbox"/> 其他檢驗： _____ |
| <input type="checkbox"/> 子宮頸癌(女性) | |

詢問您可能需要的防疫注射：

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 流行性感冒防疫注射 | <input type="checkbox"/> 破傷風-白喉防疫注射 |
| <input type="checkbox"/> 肺炎防疫注射 | <input type="checkbox"/> 其他防疫注射： _____ |
| <input type="checkbox"/> 帶狀皰疹防疫注射 | |

詢問長者常見健康問題：

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 心臟病和中風 | <input type="checkbox"/> 抑郁 |
| <input type="checkbox"/> 缺乏運動 | <input type="checkbox"/> 記憶衰退 |
| <input type="checkbox"/> 性功能變化 | <input type="checkbox"/> 便秘 |
| <input type="checkbox"/> 容易摔倒和如何防止摔倒 | <input type="checkbox"/> 其他： _____ |
| <input type="checkbox"/> 關節炎 | |

討論其他您可能需要的醫療照護：

- | | |
|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 幫助您戒煙 | <input type="checkbox"/> 眼科照護 |
| <input type="checkbox"/> 幫助您戒酒 | <input type="checkbox"/> 青光眼篩檢 |
| <input type="checkbox"/> 聽力篩檢 | <input type="checkbox"/> 其他： _____ |